



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
EN MAGISTERIO DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

**Título: “Trastorno Obsesivo Compulsivo: una
intervención breve para mejorar los conocimientos de
los docentes sobre el TOC “**

Alumno/a: Taida González Romero

NIA: 660675

Director/a: Ángel Barrasa Notario

AÑO ACADÉMICO 2015-2016

Índice

1. Resumen
2. Marco teórico.
 - 2.1. Trastorno obsesivo compulsivo.
 - 2.1.1. Características definitorias.
 - 2.1.2. Criterios diagnósticos del DSM-5.
 - 2.1.3. Prevalencia y edad de inicio.
 - 2.1.4. Etiología del trastorno.
 - 2.2. TOC en la infancia.
 - 2.2.1. Características diferenciales del TOC en la infancia.
 - 2.2.2. Impacto en el rendimiento escolar.
 - 2.2.3. Cómo reaccionan los padres y cómo afecta el TOC en las familias.
 - 2.3. El conocimiento que tiene la población sobre el TOC.
 - 2.4. El TOC en las aulas.
 - 2.4.1. Consecuencias del TOC en el rendimiento escolar.
 - 2.4.2. Cómo abordar el TOC en el aula.
 - 2.4.3. Conocimiento del TOC por parte de los profesores.
3. Marco empírico.
 - 3.1. Participantes.
 - 3.2. Instrumentos.
 - 3.3. Procedimiento.
 - 3.4. Análisis estadísticos.
 - 3.5. Resultados.
4. Discusión.
5. Conclusión.
6. Referencias bibliográficas.
7. Anexos.

Resumen

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones. El objetivo de este trabajo fue analizar cuál era el conocimiento de los profesores sobre el TOC, y evaluar si tras la lectura de una sencilla hoja informativa sobre el trastorno, se producía un aprendizaje sobre dicho trastorno. Para ello se les entregó para leer una hoja informativa acerca del trastorno o de una dieta sobre la alimentación, según si pertenecían al grupo experimental o al de control respectivamente. Además se les pasó un cuestionario antes de la lectura, después de la lectura, y el mismo después de 15 días. La muestra incluyó a 40 maestros, distribuidos aleatoriamente entre los dos grupos. Los resultados obtenidos nos indican que hay ciertas diferencias entre ambos grupos después de la lectura de hoja informativa, sin embargo, solo en algunas variables y en casos concretos hay diferencias entre sí. Por ello no podemos concluir que haya diferencias entre antes y después de recibir la información acerca del trastorno.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo Compulsivo, maestros, mental health literacy, intervención breve.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disorder characterized by the presence of obsessions and compulsions. The aim of this study was to analyse what was the knowledge of the teachers on the OCD, and asses if after reading a simple information sheet about the disorder, there was a learning about the disorder.

For this, they were given and read an information sheet about the disorder or about healthy diet, depends if they belonged to an experimental group or control group. In addition, they were requested to respond to a questionnaire before reading, after reading and within fifteen days thereafter. The survey also involved 40 teachers, randomly distributed into two groups. The results obtained indicate that there are some differences between both groups after reading the information sheet, however, only a few variables and in individual cases there are differences between them. On this basis, it cannot be concluded that there is difference between before and after receiving the information about the disorder.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, teachers, mental health literacy, brief intervention.

MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

2.1.1. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la presencia de dos síntomas que están relacionados entre sí, y en muchas ocasiones son difíciles de distinguir: las obsesiones y las compulsiones (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que las personas que lo padecen lo consideran como algo repugnante, inaceptable o sin sentido y les produce malestar o ansiedad. Las personas afectadas intentan ignorar las obsesiones, suprimirlas o neutralizarlas con otras acciones o con otros pensamientos. Ellos mismos reconocen que esos pensamientos son producto de su propia mente.

Las compulsiones son conductas repetitivas (por ejemplo: lavarse las manos, comprobar la cerradura de la puerta, ordenar, etc.) o actos mentales (por ejemplo: rezar, contar, pensar, etc.) que la persona afectada se vea forzada en respuesta a una obsesión. Pueden tener unas reglas rígidas o rituales (por ejemplo: cerrar y abrir la ventana diez veces). Las compulsiones reducen la ansiedad o el malestar, o bien pueden prevenir algún hecho que la persona sepa que le va a provocar la obsesión. A veces, la persona con TOC se resiste a la obsesión, pero finalmente puede acabar llevándola a cabo.

En la mayoría de los casos la compulsión disminuye la ansiedad, pero en otras ocasiones, la persona sigue sintiéndose nervioso, pero lo estaría mucho más si no hubiera hecho la compulsión (Caballo, Salazar y Carrobbles, 2011).

Hay cuatro formas clínicas básicas, teniendo en cuenta el predominio de algunas manifestaciones clínicas:

- Obsesivos con rituales de limpieza (50% de los pacientes con TOC): normalmente los rituales de limpieza suelen surgir después a los temores de ser contaminados (la persona teme contaminarse y/o contaminar a los demás).
- Obsesivos dubitativos con conductas de comprobación (15%): en este caso el origen de la conducta no es el temor a la contaminación, si no a las

conductas de chequeo y comprobación (comprobar cierre de puertas, anotar, ordenar, etc.).

- Obsesivos rumiadores pero sin conductas obsesivas (25%): En esta manifestación clínica predomina el pensamiento, sin que las ideas se introduzcan en la realización de los rituales.

- Obsesivos con enlentecimiento: es un grupo poco frecuente (10%) y tiene pocas manifestaciones de ansiedad. Es el grupo que tiene peor pronóstico, ya que el enlentecimiento indica una afectación importante en las estructuras del sistema nervioso central (Gastó y Vallejo, 2001).

Ya en 1974, Teasdale resumió las compulsiones como:

Elevada frecuencia de aparición del comportamiento, persistencia y repetición.

- Forma estereotipada.
- Sentimientos subjetivo de tener que hacerlo.
- Sensación de que el comportamiento es absurdo para la persona y para el resto.

Este último punto puede ser relativo, ya que lo peculiar de este trastorno es que aunque él pueda reconocer lo absurdo que puede llegar a ser su comportamiento se vea obligado a hacerlo (Gavino, Godoy, Moreno, Esteve y Rodríguez-naranjo, 1988).

Existen diferentes tipos de TOC que la persona puede padecer. (Catalán, 2011).

- Lavadores y limpiadores.
- Verificadores.
- Repetidores.
- Ordenadores.
- Acumuladores.
- Ritualizadores mentales.
- Atormentados y obsesivos puros.

2.1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5 (2014)

Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por:

Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno, pueden ser intrusas o no deseadas y en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar.

El sujeto intenta ignorar o eliminar estos pensamientos, impulsos o imágenes, o anularlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por:

Comportamientos (por ejemplo: lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (por ejemplo: cantar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el individuo hace como respuesta a una obsesión.

El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o reducir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación que el sujeto sabe que va a suceder; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una forma real con los que están destinados a anular o prevenir, o bien pueden resultar exagerados.

Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (por ejemplo: ocupan más de una hora diaria) o causan malestar o deterioro en el área social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) o a otra dolencia médica.

La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo: preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, etc.).

2.1.3. PREVALENCIA Y EDAD DE INICIO

La prevalencia a lo largo de la vida de las personas entre los diferentes estudios varía entre el 1-3%. El número de afectados en la Unión Europea por el TOC es de 2,7 millones en el 2010 (*Ruscio, 2010*).

Respecto al sexo, la prevalencia es parecida entre hombres y mujeres adultos. Existen diferencias en cuanto a los tipos de obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, en las mujeres hay obsesiones en la contaminación y en los rituales de lavados más del doble que en los hombres, y en cambio, las obsesiones de tipo sexual o religioso son más del doble en los hombres (*Caballo, Salazar y Carrobbles, 2011*).

La edad de inicio de este trastorno suele aparecer en la adolescencia o principios de la edad adulta. Hay una mayor probabilidad para desarrollar el TOC entre los 18 y 25 años (*Belloch, Cabedo y Carrió, 2011*).

2.1.4. ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO

El TOC es un trastorno que puede interferir en el desarrollo de la vida laboral, social y personal de una persona. La persona que tiene TOC sufre a partir de su patología, pero es capaz de disimular u ocultar a sus familiares más próximos su problema. En los momentos de intimidad suele realizar los rituales compulsivos y evita al máximo las situaciones, principalmente las sociales, que puedan poner en descubierto su patología. Además, cuando la persona oculta su trastorno a los familiares y evita pedir una ayuda externa, hace que en muchos casos no se acuda a la consulta profesional hasta que no surgen complicaciones, como es la dermatitis, migrañas, depresiones, etc. Y a esas alturas el TOC puede estar muy avanzado (*Arnedo, Roldán y Morell, 1996*).

Trastornos de estado de ánimo: puede presentarse en personas que padecen el TOC entre un 30 y 50%.

En muchos casos en los que predominan ambos trastornos se trata de resolver cuál es el primario. En clínica es muy frecuente observar que hay una progresión de los síntomas a la depresión más que al trastorno en sí.

Por otra parte, en algunos cuadros depresivos se analizan síntomas obsesivos, aunque con menor continuidad que al revés.

Trastornos de ansiedad: muchas personas que están diagnosticadas con TOC también presentan trastornos de ansiedad. La fobia social es la más frecuente y en segundo lugar se encuentran las fobias específicas. Hay un menor resultado respecto al trastorno de pánico y al trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos psicóticos: hay un menor porcentaje con personas que presentan síntomas psicóticos y pocas evidencias de que haya una relación entre ambos trastornos, siendo todavía más raro que haya una transición del TOC hacia la esquizofrenia.

Trastornos de personalidad: el porcentaje de comorbilidad oscila entre el 50 y el 65%. Hay una gran parte de las personas con TOC que tiene algún otro trastorno de personalidad asociado, y entre los más frecuentes destacan el dependiente, el evitador, el histriónico y el esquizotípico.

En cambio otros estudios dicen que el patrón característico del TOC de la personalidad está relacionado con el orden, la perfección y el control mental e interpersonal. (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

2.2 TOC EN LA INFANCIA

2.2.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL TOC EN LA INFANCIA

Las conductas ritualistas y las perseveraciones tienen un desarrollo normal entre los 7 y 8 años. Estas sirven para controlar la ansiedad y facilita la socialización. Los rituales más frecuentes entre los niños de 3 a 6 años están relacionados con la comida, la conducta de acostarse y el baño. Las acciones repetitivas en el momento de ir a la cama (escuchar un cuento contado por la madre, beber agua, etc.) constituyen un intento de controlar los miedos evolutivos de esa edad (fantasmas, oscuridad, etc.).

Entre los 7 y los 11 años pueden aparecer rituales que estén relacionados con el coleccionismo. E incluso, en un periodo posterior, se pueden mantener las conductas supersticiosas y crean gran importancia en situaciones de estrés (exámenes, muerte de un ser querido, separación familiar, etc.).

A medida que el niño se acerca a la adolescencia estos comportamientos ritualistas empiezan a decrecer y comienza a disponer de recursos de afrontamiento para controlar las situaciones que se pueda encontrar en la vida diaria (Echeburría, 1993).

Tabla 1. *Obsesiones y compulsiones más frecuentes en la infancia y adolescencia.* (Swedo y Rapoport, 1989, modificado).

Obsesiones	%	Rituales	%
Temor a la suciedad	40	Lavado excesivo	85
Miedo a algún peligro		Repetición de actos	51
para uno mismo o para		Comprobación	46
los familiares	24	Rituales para evitar	
Temor al desorden	17	el contagio	23
Escrúpulos morales	13	Ordenar simétricamente	17
Coleccionismo	11		

Hay algunas diferencias entre el TOC en adultos y el TOC en los niños. Por una parte, el malestar que puede manifestarse en los adultos como ansiedad, en los niños puede ser expresado como tristeza, culpa o rabia. Por otra parte, los niños con TOC suelen presentar ideas que estén relacionadas con la contaminación, el daño o la simetría, mientras que en los adolescentes tienen ideas que están relacionadas con la sexualidad o la religiosidad. Además, las compulsiones más frecuentes en los niños tienen que ver con el lavado de manos, el orden y las comprobaciones, aunque pueden presentar conductas encubiertas como son revisar o cancelar pensamientos, rezar o contar en silencio (Falcón, Lazar y Saldaña, 2012).

2.2.2. IMPACTO EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR

Al principio del trastorno los niños suelen tener un rendimiento académico alto, preocupándose así por sus tareas escolares. Ellos mismos no son conscientes de que tiene un trastorno sino que tiene manías que el resto de la clase no tiene. Al principio del trastorno no se da importancia a estas manías sino que se califican como acciones “raras” que hace el niño en el aula, como por ejemplo, lavarse las manos cuando algún compañero ha tocado algo y después lo ha tenido que tocar él y le ha dado asco, limpiar la silla de clase antes de sentarse él por si se había sentado antes algún otro compañero, etc. Pero a medida que el trastorno va evolucionando estas manías cada vez se hacen más habituales en el niño, tanto que a él le provocan estrés y malestar. Tienen problemas de concentración en el aula e incluso pueden bajar su rendimiento escolar.

Cuando les aparecen las obsesiones, la única forma de reducir su malestar y sentirse mejor es ritualizando. De modo que cada vez que los niños realizan una compulsión (lavarse las manos) aparece en ellos una gran sensación de alivio. Pero estas compulsiones pueden ocasionar sentimientos de soledad porque estas no le dejan relacionarse con sus compañeros. E incluso, el niño podría evitar ir a la escuela para que sus compañeros no se dieran cuenta de sus comportamientos extraños, porque el día a día del niño que padece este trastorno es muy difícil y estresante, tanto que provoca un estado de ánimo deprimido. (Del Arco, Tornero y García, 2014).

2.2.3. CÓMO REACCIONAN LOS PADRES Y CÓMO AFECTA EL TOC EN LAS FAMILIAS

Relacionando el estilo parental se pueden distinguir las familias con TOC infantil por las interacciones que pueden causar los miembros familiares. Por ejemplo, los niños con TOC observan menor calidez que aquellos que presentan trastornos de ansiedad o sin trastorno y también tienen un mayor rechazo.

Los padres con niños con TOC parece que tienen menor confianza en sus hijos y les cuesta premiarlos cuando tienen una independencia o un mayor control. También, la sobreprotección, especialmente materna, está relacionada con el TOC infantil (Falcón, Lazar y Saldaña, 2012).

La acomodación familiar puede ser el factor mediante el cual los padres y hermanos del niño pueden facilitar la compulsión como la evitación fóbica, pudiendo hacer estas

conductas o participando en ellas. Más de un tercio de los padres intentan ayudar al niño a evitar estas situaciones pero otro tercio participa en rituales. (Falcón, Lazar y Saldaña, 2012).

Al principio del trastorno este puede pasar desapercibido en el ámbito familiar, achacando los padres algunas actitudes como “raras” que realiza el niño, pero a la larga los síntomas se hacen más evidentes. La situación del niño puede provocar situaciones incómodas en los miembros de su familia, por ejemplo que le dé asco al niño todo lo que toque y constantemente tenga que llevarse las manos.

El curso de la enfermedad tiene etapas peores y mejores, empeorando con el estrés. (Rodríguez, Dorronsoro y Bonet de Luna, 2003).

2.3 EL CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN SOBRE EL TOC

A través de un estudio de investigación (Rodríguez, Toro y Martínez, 2009) se quiso saber y conocer las particularidades de las experiencias personales que tienen estas personas que padecen TOC. La investigación se completó con 9 participantes. Una categoría del estudio fue el conocimiento del TOC. Dentro de esta categoría se encontraba la subcategoría de la evaluación de los conocimientos de los profesionales, en ella se les preguntaba a los participantes sobre el conocimiento que tienen los profesionales de salud mental que les habían estado ayudado.

A continuación se presentan algunas palabras que dijeron los participantes (Rodríguez, Toro y Martínez, 2009), “Yo diría que la, la, la primera profesional más competente que he encontrado ha sido la, la psiquiatra que tengo ahora. Porque los demás, muchos médicos con los cuales yo he consultado anteriormente, ni siquiera saben de la condición.”

Otro de los participantes dijo (Rodríguez, Toro y Martínez, 2009), “la encuentro, bien mala, verdaderamente. No tienen mucha información. Muchos me dijeron no, tú estás deprimido. O sea, fui a una que me dijo que tenía TOC. Entonces, estoy yendo aquí en Guaynabo, él sí sabe porque da terapia cognitiva conductual”.

Fueron muchas las experiencias negativas que tuvieron los participantes acerca de sus profesionales que les habían estado tratando, mostrando poca empatía, énfasis en la medicación y desconocimiento sobre el TOC. Sobre esto último otro participante dijo (Rodríguez, Toro y Martínez, 2009) “y otra cosa que también me... me, no me gustó de ese psiquiatra es que, era que la segunda vez que lo fui a ver me dijo, y, ¿cómo va la depresión? Tú trastorno obsesivo-compulsivo sabes, como que no estaba muy pendiente de lo que yo tenía. Estaba bien loco ahí, entonces yo le dije, no, la depresión va bien porque yo no tengo depresión”.

Donde acuden todos estos pacientes es en el área de psiquiatría porque les permite racionalizar y separar los aspectos emocionales y personales al respecto. (Rodríguez, Toro y Martínez, 2009).

2.4. EL TOC EN LAS AULAS

2.4.1. CONSECUENCIAS DEL TOC EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR

El estudiante con trastorno obsesivo compulsivo puede tener algunos comportamientos en el aula. Los comportamientos más característicos de este trastorno son:

- Pierde mucho tiempo repasando la misma palabra o bien tocando los mismos objetos repetidas veces.
- Suele borrar las oraciones o problemas repetidamente debido a su inseguridad.
- Cuenta muchas veces los objetos e incluso si han sido cambiados de su mesa.
- Viajes frecuentes al lavabo para lavarse las manos.
- Tiene una concentración escasa.
- Evita ir al colegio.
- Tiene un comportamiento aislante debido a sus múltiples obsesiones.

- Suele tener calificaciones bajas.
- Tiene ansiedad o un estado de ánimo deprimido.

Como las obsesiones compulsivas se apoderan de ellos les cuesta mucho concentrarse en la tarea que están haciendo, y esto les provoca que tengan un trabajo pobre o incompleto o incluso el fracaso en la escuela. Estos estudiantes con TOC suelen sentirse aislados de sus compañeros porque su comportamiento compulsivo les deja muy poco tiempo para poder sociabilizarse con el resto de sus compañeros.

También, evitan ir a la escuela para que la maestra y sus compañeros no se dan cuenta de sus comportamientos “extraños” (Trastorno de salud mental infantil, 2009).

2.4.2. CÓMO ABORDAR EL TOC EN EL AULA

Cuando nos encontramos ante un caso de un niño con TOC en el aula para la maestra puede ser complicado observar estos rituales, pero si para ella es difícil para el niño puede serlo más. Para ello, el niño debe saber que la maestra le entiende y que le apoya ante estas cuestiones. Solamente con saber que la maestra le entiende, para el niño puede ser de gran ayuda, ya que antes de llegar al colegio ha tenido que enfrentarse a sus pensamientos mientras estaba tratando de llegar a tiempo al colegio. Puede ser que el niño haya tenido algunas disputas con su familia, ya sea por ponerse la ropa “adecuada” o por las visitas reiteradas que ha hecho para ir al baño.

Es muy importante proveer un entorno seguro y de apoyo.

Shore (2002) hace hincapié en algunas estrategias para los niños que son muy perfeccionistas.

- La clase debe ser conducida a tomar riesgos académicos.
- Cuando el niño intente conseguir algo debe ser celebrado, no solamente aquellos que puedan tener éxito.
- La clase deber ser un lugar seguro, donde se puede esperar que se produzca algún error.
- Los objetivos tienen que ser realistas y explícitos.
- No destacar las calificaciones.

- Utilizar el humor.
- Es importante animar al niño a que confíe en su propio juicio.
- Es muy importante enseñar que todos cometemos errores (por eso pusieron gomas a los lápices).

La maestra tiene que hablar con el niño sobre sus necesidades y preguntarle por sus ideas para saber cómo se le puede ayudar. Dr. Leslie Packer (2005) sugiere las siguientes:

- Cuando el niño este distraído en el aula, se le debe preguntar amablemente si quiere ser integrado.
- Hay que saber que preocupaciones o rituales son los que le hacen estar así y diseñar métodos para poder evitar estos estímulos. Por ejemplo, si se observa que la escritura a mano es una tarea complicada para el niño se puede desarrollar una solución práctica, como son los exámenes orales o los ordenadores.

Es importante tener en cuenta sus peculiaridades, siempre y cuando no interfiera al resto de sus compañeros y retrase el ritmo de la clase. Por ejemplo, si el niño necesita llamar a su madre a las 12:07 de la mañana, la maestra debe permitírselo para poder evitar que el niño no entre en uno de sus rituales.

La maestra debe dejar un tiempo extra según sea necesario. Y puede serlo cuando:

- Hay distracciones internas que atrasan el trabajo.
- Al niño le aliviará la ansiedad que él asocia a finalizar a “tiempo”, ya que estos niños suelen ser muy perfeccionistas.
- Será útil para permitir los rituales, como borrar reiteradamente o escribir a la perfección.

Hay que acordar unos límites para el perfeccionismo:

- La maestra tiene que hacer un contrato con el niño, donde le diga que el trabajo tiene que entregarlo después del tiempo acordado.
- Evitar alabar al niño y hacer hincapié en el esfuerzo razonable y sus imperfecciones resultantes.

Hay que diseñar una “vía de escape”. El niño debe saber que puede abandonar el aula siempre que tenga necesidad de hacerlo. Es probable, que por ejemplo, una visita al baño puede calmar sus nervios.

Es muy importante educar a los compañeros que se están metiendo con él. Los niños con este tipo de trastornos pueden esconder sus problemas frente a sus compañeros, para que no piensen que es niño “raro” que tiene muchas manías. A pesar de ello, los rituales en muchas ocasiones son incontrolables, que incluso sus propios amigos no pueden tolerarlos.

La maestra tiene que hacer una sesión sobre la aceptación de la diversidad y educar a los compañeros sobre la ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo (Kutscher, 2005).

2.4.3. CONOCIMIENTO DEL TOC POR PARTE DE LOS PROFESORES

El TOC es un trastorno que se presenta con una frecuencia mayor de los que se piensa. El TOC puede desencadenar diferentes síntomas que si no es muy notable el maestro puede atribuirlo a “manías”, como es el uso reiterado de ir al baño, no tocar el pomo de la puerta de la clase, etc. Pero este trastorno va evolucionando de forma notable hasta que la maestra empieza a darse cuenta que estas “manías” son cada vez más exagerada. En muchas ocasiones los maestros no saben cómo actuar, o bien porque no saben con exactitud el trastorno que pueda tener o cuál ha sido la causa. El maestro desconoce el origen psiquiátrico y/o psicológico, por tanto deberá hablar con los especialistas para poder tratar el caso, y saber cómo abordar este trastorno en el aula.

En cambio, algunos maestros que sí que conocen este trastorno, ya sea porque tienen algún alumno, familiar o conocido. Sin embargo, estos son una minoría, y tampoco se sabe si sus conocimientos son adecuados.

Aumentar el conocimiento de los docentes sobre el TOC permitiría una detección temprana del trastorno y un mejor manejo del mismo en el aula. Sin embargo, no

existen estudios publicados sobre los conocimientos que tienen los docentes sobre el TOC.

Por ello, el objetivo del presente trabajo de fin de grado fue analizar cuál era el conocimiento de los profesores sobre el TOC, y evaluar si tras la lectura de una sencilla hoja informativa sobre el trastorno, se producía un aprendizaje sobre dicho trastorno. Para ello se comparó a un grupo de profesores que leyeron una hoja sobre TOC con un grupo de profesores que leyeron una hoja sobre dieta y hábitos alimentarios.

MARCO EMPÍRICO

3.1. PARTICIPANTES

La investigación se hizo con 40 maestros de Valencia y Teruel, de los cuales 29 eran mujeres (72,5%). El rango de edad era entre 25-58 años, siendo la media de 41,75% y una desviación típica de 10,47%.

La mayoría de los maestros estaban casados (n= 23; 57,5%), 9 solteros (22, 5%), 4 divorciados (10%) y 4 en pareja (10%), de los cuales 21 de ellos tenían hijos (52,5%).

Respecto al nivel socioeconómico, 5 tenían un nivel medio bajo (12,5%), 31 nivel medio (77,5%) y 4 nivel medio alto (10%).

En cuanto a los niveles de estudio de cada maestro, 8 estaban especializados en lengua extranjera (20%), 3 en educación física (7,5%), 12 en primaria (30%), 1 en matemáticas (2,5%), 4 en educación infantil (10%) y 4 en música (10%), 29 maestros no tenían ninguna licenciatura e ingeniería (72,5%), 2 estaban licenciados en filosofía y ciencias de la educación (5%), 8 en pedagogía terapéutica (PT) (20%) y 1 en filología rusa y española (2,5%). Todos los maestros ejercían en colegios de educación primaria y todos participaron de forma voluntaria.

La investigación se dividió en dos grupos (grupo control y grupo experimental) dependiendo si se les entregaba la hoja informativa sobre una dieta saludable (grupo control) o sobre el TOC (grupo experimental).

Mediante una prueba t se comprobó que no habían diferencias estadísticamente significativas en la variable de la edad ($t(38)=0,96$, $p=0,34$), siendo en el grupo experimental una media de 40,15% y una desviación típica de 11,49% y en el grupo control una media de 43,35% y una desviación típica de 9,37%.

En cuanto a las variables del sexo tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1,13$, $p=0,48$), siendo 7 hombres (35%) y 13 mujeres (65%) en el grupo experimental y 4 hombres (20%) y 16 mujeres (80%) en el grupo control.

Respecto al nivel socioeconómico no hubieron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2,1$, $p=0,35$), siendo 4 en el nivel socioeconómico bajo (20%), 14 en el nivel medio (70%) y 2 en el nivel medio alto (10%) en el grupo experimental y 1 en el nivel económico medio bajo (5%), 17 en el nivel medio (85%) y 2 en el nivel medio alto (10%) en el grupo control.

3.2. INSTRUMENTOS

Se empleó un cuestionario diseñado ad hoc que consistía en 6 preguntas que se presentan a continuación con alternativas de respuesta (véase anexo 1):

- ¿Qué crees que le puede estar sucediendo a María?

14 variables.

- ¿Cuál crees que es la causa primaria que desencadena el problema de María?
- ¿A quién recomendarías que acudiera?
- Síntomas primarios del TOC.
- Algunos signos del TOC observables en el aula serían.
- Ante un niño con un posible TOC que está realizando un ritual o compulsión.

3.3. PROCEDIMIENTO

Para el presente trabajo de fin de grado, se ha ido a diferentes colegios y sin dar mucha información para no desvelar el objetivo de la investigación, se acudía para hablar con los maestros y pasarles unas encuestas.

Se les realizó una encuesta en la que había 2 opciones. Se hizo de manera aleatoria, en la que dentro de un monedero había dos números (1 y 2) y ellos debían de coger un papel. Dependiendo del número que escogían les repartiría una encuesta u otra:

- Número 1: caso práctico de un alumno con hoja informativa sobre el TOC (Véase anexo 2)
- Número 2: caso práctico de un alumno con hoja informativa sobre la DIETA (Véase anexo 3).

En las encuestas había un caso práctico sobre un/a niño/a de edad escolar y a partir del caso había una serie de preguntas relacionadas con ese caso.

A continuación, se les pasó una hoja informativa, en la que había dos tipos de hojas, una era sobre el control (relacionada con el TOC) y la otra, experimental (relacionada con una DIETA). Dependiendo del número que escogieran los maestros obtendrían una hoja informativa u otra.

Después de haber leído la hoja informativa el maestro tuvo que hacer otra encuesta contestando a las preguntas a partir de la hoja informativa que había leído. De esta forma podríamos ver qué diferencias había entre los maestros que leían una hoja informativa sobre el control y sobre la experimental.

Por último, después de dos semanas, se les volvió hacer otra encuesta con las mismas preguntas que la encuesta anterior. Así podríamos saber qué información había sido retenida a largo plazo a partir de la hoja de información experimental o la hoja de información de control.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

A través de los estadísticos descriptivos analizamos la edad de los participantes, el sexo, el estado civil, el número de hijos, el nivel socioeconómico y la especialidad de magisterio y/o licenciatura. Lo siguiente fue comprobar si había diferencias tanto en el grupo experimental como en el grupo de control a través del programa prueba *t* para la edad, y mediante el Chi-cuadrado comprobamos las variables de sexo entre hombres y mujeres y el nivel socioeconómico de los participantes en ambos grupos

Se procesaron los datos con el programa SPSS y se compararon el pre, el post y el seguimiento de cada variable.

3.5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes preguntas realizadas en el pre, post y seguimiento.

En la Tabla 2 se observan las respuestas a la pregunta ¿Cuál crees que es la causa primaria que desencadena el problema de María? En las casillas se muestra el número de maestros que ha indicado esta opción de respuesta los porcentajes y los porcentajes correspondientes.

Tabla 2. Respuestas a la pregunta sobre: Atribución al problema

VARIABLES	PRE		POST		SEGUIMIENTO	
	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)
Estrés	1 0,5%	1 0,5%	3 15%	6 30%	2 14,3%	4 28,6%
Problemas familiares	2 10%	2 10%	1 5%	2 10%	1 7,1%	3 21,4%
Problemas del desarrollo	1 0,5%	1 0,5%	0 0%	2 10%	1 7,1%	0 0%
Problemas escolares	0 0%	1 5%	1 5%	1 5,3%	1 7,1%	1 7,1%
Problemas psicológicos	11 55%	11 55%	6 30%	10 50%	4 28,6%	8 57,1%
Trastorno de ansiedad	4 20%	5 25%	2 10%	7 35%	1 7,1%	4 28,6%

Trastorno de ansiedad generalizada	4 20%	7 35%	4 20%	8 40%	0 0%	4 28,6%
Esquizofrenia	1 5%	0 0%	20 100%	20 100%	0 0%	1 7,1%
Trastorno obsesivo compulsivo	18 90%	17 85%	19 95%	14 70%	13 92,9%	12 85,7%
Depresión	0 0%	2 10%	0 0%	1 5%	0 0%	1 7,1%
Fobia	1 5%	2 10%	0 0%	2 5%	0 0%	1 7,1%
Trastorno de personalidad	1 5%	3 15%	2 10%	3 15%	0 0%	2 14,3%
Problemas médicos	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%
Otros	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%

Respecto a la comparación de TOC y dieta en el pre, los resultados muestran que hay una diferencia notable en el grupo dieta en las variables de “trastorno de ansiedad generalizada”, “depresión” y “trastorno de personalidad”.

A la comparación entre las muestras en el post, llama la atención que en el grupo dieta hay una diferencia mayor en las variables “estrés”, “problemas psicológicos”, “trastornos de ansiedad” y “trastorno de ansiedad generalizada” a diferencia del grupo TOC. Por otra parte, cabe destacar que en el grupo TOC hay una diferencia notable entre el grupo dieta en la variable de “trastornos obsesivo compulsivo”.

Entre ambos grupos, el grupo dieta, en el seguimiento hay una diferencia mayor en comparación al grupo TOC en las variables “problemas psicológicos”, “trastornos de ansiedad” y “trastorno de ansiedad generalizada”.

En cuanto al grupo TOC, se observa una diferencia mayor en el pre en la variable “problemas psicológicos” en comparación con el post y con el seguimiento. También, hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “trastorno de ansiedad generalizada” en relación al pre y al post.

Por otro lado, en el grupo dieta hay una diferencia menor en el pre en la variable “estrés” en comparación con el post y en el seguimiento. Además, se observa una

diferencia mayor en el post en la variable “esquizofrenia” en relación con el pre y con el seguimiento.

Tabla 3: Respuestas a la pregunta sobre: Causa del problema

VARIABLES	PRE		POST		SEGUIMIENTO	
	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)
Estrés	5 25%	6 30%	6 30%	7 35%	6 42,9%	5 35,7%
Trauma	9 45%	9 45%	4 20%	7 35%	3 21,4%	4 28,6%
Problemas en el colegio	2 10%	4 20%	1 5%	4 20%	1 7,1%	1 7,1%
Discriminación compañeros	1 5%	1 5%	2 10%	1 5%	1 7,1%	0 0%
Personalidad	8 40%	6 30%	5 25%	7 35%	3 21,4%	3 21,4%
Problemas familiares	3 15%	2 10%	2 10%	4 20%	2 14,3%	2 14,3%
Influencia de los amigos	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%
Virus o deficiencia nutricional	20 100%	20 100%	0 0%	1 5%	14 100%	14 100%
Influencia en la televisión	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%
Alteración orgánica o física	2 10%	2 10%	2 10%	3 15%	2 14,3%	3 21,4%
Creencias religiosas	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%
Debilidad personal	4 20%	2 10%	0 0%	3 15%	0 0%	2 14,3%
Problema de salud mental	10 50%	10 50%	11 55%	12 60%	10 71,4%	9 64,3%
Otros	20 100%	20 100%	10 50%	12 60%	14 100%	14 100%

Respecto a la comparación de TOC y dieta en el pre, los resultados muestran que en el grupo dieta hay una diferencia notable en la variable “problemas en el colegio” en cuanto al grupo TOC. En cambio, cabe destacar que en el grupo TOC hay una

diferencia mayor en las variables “personalidad” y “debilidad personal” en comparación con el grupo dieta.

En la comparación entre las muestras en el post entre los dos grupos, llama la atención que en el grupo dieta hay una diferencia notable en cuanto al grupo TOC en las variables “trauma”, “problemas en el colegio”, “personalidad”, “problemas familiares” y “debilidad personal”.

Entre ambos grupos, en el seguimiento hay una diferencia mayor en el grupo dieta a comparación del grupo TOC en la variable “debilidad personal”.

En cuanto al grupo TOC hay una diferencia mayor en el pre en la variable “trauma” en relación al post y al seguimiento. También, hay una diferencia menor en el post en la variable “virus o deficiencia nutricional” en comparación con el pre y con el seguimiento. Y por último, hay otra diferencia mayor en el pre en la variable “debilidad personal” en cuanto al post y al seguimiento.

Por otro lado, en el grupo dieta hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “problemas en el colegio” en comparación con el pre y el post. También, hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “personalidad” en relación con el pre y el post. Además, hay una diferencia menor en el post en la variable “virus o deficiencia nutricional” en cuanto al pre y al seguimiento. Y por último, hay una diferencia menor en el post en la variable “otros” en comparación con el pre y el seguimiento.

Tabla 4: Respuestas a la pregunta sobre: Recomendación

VARIABLES	PRE		POST		SEGUIMIENTO	
	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)
Médico de atención temprana	4 20%	3 15%	5 25%	4 20%	4 28,6%	3 21,4%
Psiquiatra	5 25%	3 15%	8 40%	3 15%	6 42,9%	2 14,3%
Neurólogo	3 15%	2 10%	2 10%	2 10%	3 21,4%	3 23,1%
Psicólogo escolar	14 30%	16 80%	17 85%	16 80%	11 78,6%	11 78,6%
Psicólogo clínico	7 35%	9 45%	8 40%	9 45%	4 28,6%	9 64,3%

Trabajador social	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%
sacerdote de la parroquia	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%
A personas de su confianza	3 15%	3 15%	2 10%	2 10%	1 7,1%	0 0%
Confianza específica	0 0%	2 10%	0 0%	2 10%	0 0%	2 10%
Otros	20 100%	20 100%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%

Respecto a la comparación de TOC y dieta en el pre, los resultados muestran que hay una diferencia mayor en el grupo TOC en cuanto al grupo dieta en la variable “psiquiatra”. Por otra parte, en el grupo dieta hay una diferencia notable en comparación al grupo TOC en las variables “psicólogo clínico” y “psicólogo escolar”.

En la comparación entre las muestras en el post, llama la atención que en el grupo TOC hay una diferencia mayor en la variable “psiquiatra”. Por otro lado, y en comparación al grupo dieta hay una diferencia notable en la variable “confianza específica”.

Entre los dos grupos, por una parte en el grupo TOC, en el seguimiento se observa una diferencia mayor en comparación al grupo dieta en la variable “psiquiatra”. Por otra parte, en el grupo dieta se observa una diferencia notable en las variables “psicólogo clínico” y “confianza específica” en cuanto al grupo TOC.

En cuanto al grupo TOC, hay una diferencia mayor en el post en la variable “psicólogo escolar” en comparación al pre y al seguimiento. Además, hay otra diferencia menor en el seguimiento en la variable “psicólogo clínico” en relación al pre y al post.

Por otra parte, en el grupo dieta hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “psicólogo escolar” en comparación con el pre y el post. También, hay otra diferencia menor en el seguimiento en la variable “a personas de su confianza”.

Tabla 5: Respuestas a la pregunta sobre Síntomas

VARIABLES	PRE		POST		SEGUIMIENTO	
	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)
Obsesiones	17 85%	18 90%	19 95%	19 95%	13 92,9%	14 100%
Alucinaciones	0 0%	2 10%	0 0%	1 5%	0 0%	1 7,1%
Manías	11 55%	17 85%	7 35%	17 85%	6 42,9%	12 85,7%
Compulsiones	9 45%	3 15%	19 95%	5 25%	11 78,6%	5 35,7%
Conductas autolíticas	3 15%	2 10%	4 20%	2 10%	1 7,1%	2 14,3%
No estoy seguro	2 10%	1 5%	0 0%	3 15%	14 100%	14 100%

Por lo que respecta a la comparación de TOC y Dieta en el pre, los resultados muestran que en el grupo de la dieta se observa una diferencia notable en cuanto al grupo del TOC en las variables “alucinaciones” y “manías”. Por otro lado, en el grupo TOC hay una diferencia mayor en comparación con el grupo dieta en la variable “compulsión”.

En la comparación entre las muestras en el post, llama la atención que en el grupo TOC hay una diferencia notable en cuanto al grupo dieta en las variables “compulsiones” y “conducta autolíticas”. Por otra parte, el grupo dieta en comparación con el grupo TOC se observa una diferencia mayor en las variables “manías” y “no estoy seguro”.

Entre ambos grupos, por un lado en el grupo TOC, en el seguimiento hay una diferencia notable en cuanto al grupo dieta en la variable “compulsiones”, y por otro lado, se observa una diferencia mayor en el grupo dieta en comparación con el grupo TOC en la variable “manías”.

En cuanto al grupo TOC, hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “obsesiones” en comparación con el pre y el post. También, hay una diferencia mayor en el post en la variable “compulsiones” en relación al pre y al seguimiento. Además,

hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “conductas autolíticas” en cuanto al pre y al post. Y por último, hay una diferencia mayor en el seguimiento en la variable “no estoy seguro” en comparación con el pre y el post.

Por otro lado, en el grupo dieta hay una diferencia menor en el seguimiento en la variable “manías” en comparación al pre y al post. También, hay una diferencia menor en el pre en la variable “compulsiones” en relación al post y al seguimiento. Y por último, hay una diferencia mayor en el seguimiento en la variable “no estoy seguro” en cuanto al pre y al post.

Tabla 6: Respuestas a la pregunta sobre: Signos observables en el aula

VARIABLES	PRE		POST		SEGUIMIENTO	
	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)
Aislamiento social	11 55%	12 60%	13 65%	10 50%	8 57,1%	8 57,1%
Retraso	13 65%	12 60%	19 95%	12 60%	11 78,6%	10 71,4%
Bajo peso	20 100%	20 100%	1 5%	0 0%	14 100%	14 100%
Ansiedad	19 95%	17 85%	14 70%	16 80%	9 64,3%	11 78,6%
Deseo de líder	1 5%	1 5%	20 100%	20 100%	14 100%	14 100%
Problemas de comprensión	2 10%	5 25%	3 15%	3 15%	1 7,1%	4 28,6%
Problemas de concentración	9 45%	11 55%	10 50%	11 55%	8 57,1%	8 57,1%
Se cansa de las rutinas y necesita nuevos estímulos	3 15%	2 10%	1 5%	1 5%	2 14,3%	0 0%
Ordenación de objetos	18 90%	14 70%	19 95%	14 70%	12 85,7%	10 71,4%

Respecto a la comparación de TOC y Dieta en el pre, los resultados muestran que hay una diferencia notable en el grupo TOC en cuanto al grupo dieta, en las variables “ansiedad” y “ordenación de objetos”. Por otro lado, en el grupo dieta se observa una

diferencia mayor en comparación con el grupo TOC en las variables “problemas de comprensión” y “problemas de concentración”.

En la comparación entre las muestras en el post, llama la atención que en el grupo TOC se observa una diferencia notable en cuanto al grupo dieta, en las variables “aislamiento social”, “retraso” y “ordenación de objetos”. Por otra parte, en el grupo dieta hay una diferencia mayor en comparación al grupo TOC en la variable “ansiedad”.

Entre ambos grupos, por un lado en el grupo dieta, hay una diferencia notable en el seguimiento en comparación con el grupo TOC en las variables “ansiedad” y “problemas de comprensión”, y por otro lado en el grupo TOC, se observa una diferencia mayor en cuanto al grupo dieta en las variables “se cansa de las rutinas y necesita nuevo estímulos” y “ordenación de objetos”.

En cuanto al grupo TOC, se observa una diferencia mayor en el post en la variable “retraso” en relación al pre y al seguimiento. También, hay una diferencia menor en el post en la variable “bajo peso” en comparación con el pre y el seguimiento. Además, se observa una diferencia mayor en el pre en la variable de “ansiedad” en cuanto al post y al seguimiento. También, hay una diferencia menor en el pre en la variable “deseo de líder” en relación con el post y el seguimiento. Y por último, se observa una diferencia menor en el seguimiento en la variable “ordenación de objetos” en comparación con el pre y el post.

Por otra parte, en el grupo dieta se observa una diferencia menor en el post en la variable “bajo peso” en relación con el pre y el seguimiento. También, hay una diferencia menor en el pre en la variable “deseo de líder” en comparación con el post y el seguimiento.

Tabla 7: Respuestas a la pregunta sobre: Ritual o compulsión

VARIABLES	PRE		POST		SEGUIMIENTO	
	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)	Grupo-TOC (N=20)	Grupo-DIETA (N=20)
Convencer al niño	5 25%	1 5%	0 0%	3 15%	1 7,1%	0 0%
Su preocupación es absurda	5 25%	7 35%	0 0%	7 35%	0 0%	5 35,7%
Continuará con el ritmo clase	11 55%	8 40%	19 95%	8 40%	12 85,7%	7 50%
Llamar su atención	2 10%	2 10%	0 0%	4 20%	0 0%	3 21,4%
Más margen para entregar tareas	10 50%	15 75%	17 85%	14 70%	12 85,7%	10 71,4%

Respecto a la comparación de TOC y Dieta en el pre, los resultados muestran que en el grupo TOC hay una diferencia mayor en cuanto al grupo dieta en las variables “convencer al niño” y “continuará con el ritmo clase”. Por otro lado, en el grupo dieta se observa una diferencia notable en comparación con el grupo TOC en las variables “su preocupación es absurda” y “más margen para entregar tareas”.

En la comparación entre las muestras en el post, llama la atención que en el grupo dieta hay una diferencia notable en cuanto al grupo TOC en las variables “convencer al niño”, “su preocupación es absurda” y “llamar su atención”. Por otra parte, en el grupo TOC se observa una diferencia mayor en comparación al grupo dieta en las variables “continuará con el ritmo clase” y “más margen para entregar tareas”.

Entre los dos grupos, por una lado en el grupo dieta, en el seguimiento se observa una diferencia notable en comparación al grupo TOC en las variables “su preocupación es absurda” y “llamar su atención”, y por otro lado en el grupo TOC, en el seguimiento hay una diferencia mayor en cuanto al grupo dieta en las variables “continuará con el ritmo clase” y “más margen para entregar tareas”.

En cuanto al grupo TOC, se observa una diferencia mayor en el pre en la variable “convencer al niño” en comparación al post y al seguimiento. También, hay una

diferencia mayor en el pre en la variable “su preocupación es absurda” en relación con el post y el seguimiento. Además, se observa una diferencia menor en el pre en la variable “continuará con el ritmo de la clase” en cuanto al post y al seguimiento. Y por último, hay una diferencia menor en el pre en la variable “más margen para entregar tareas” en comparación con el post y el seguimiento.

Por otro lado en el grupo dieta, se observa una diferencia mayor en el post en la variable “convencer al niño” en comparación con el pre y el seguimiento. También, hay una diferencia menor en el pre en la variable “llamar su atención” en relación con el post y el seguimiento.

4.DISCUSIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo está relacionado con los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por pensamientos no deseados, ideas e imágenes que provocan ansiedad ante las que el individuo presenta resistencia y cuya ansiedad se reduce a través de algún tipo de conducta ritual (del Arco Jodar, Tornero y García, 2014).

El objetivo del presente trabajo de fin de grado fue analizar cuál era el conocimiento de los profesores sobre el TOC, y evaluar si tras la lectura de una sencilla hoja informativa sobre el trastorno, se producía un aprendizaje sobre dicho trastorno. Para ello se comparó a un grupo de profesores que leyeron una hoja sobre TOC con un grupo de profesores que leyeron una hoja sobre dieta y hábitos alimentarios.

La hipótesis de esta investigación es que hay un escaso conocimiento sobre que es el TOC y cuáles son las pautas que se deben realizar para la intervención educativa de este trastorno. Esta hipótesis se ha cumplido, ya que al realizar las encuestas he observado el escaso conocimiento que tienen los docentes acerca de este trastorno derivado de una falta de formación en dichos estudios o cursos de formación para docentes. Por ello, en esta investigación hemos recogido datos respecto al grado de conocimiento que tienen los maestros acerca de este trastorno. En cuanto a la pregunta “Algunos signos del TOC observables en el aula” las respuestas de los participantes han sido diferentes aunque antes de leer la hoja informativa no hubo diferencias entre los grupos TOC y Dieta. Respecto a las diferencias en las respuestas antes y después de la hoja informativa, los resultados obtenidos nos muestran que no hay diferencias entre algunas variables. Hay

diferencias cuando se comparan los resultados Pre, Post y Seguimiento dentro del grupo TOC y del grupo DIETA.

Volviendo al tema sobre los conocimientos que deben tener los maestros, estos deben conocer el TOC ya que pueden ser de gran ayuda para mejorar la capacidad de aprendizaje de estos niños y reducir el bajo rendimiento escolar de los niños que lo padecen, ya que son incapaces de concentrarse en otra cosa que no sean sus compulsiones. Los resultados encontrados en la investigación a través de las encuestas, nos muestra que los conocimientos son escasos y que la formación de los maestros no es suficiente para poder intervenir en el aula, excepto en algunos casos en los que los maestros se han encontrado con alumnos que tienen este trastorno y han sabido actuar correctamente ante estos casos.

En diversas preguntas del cuestionario relacionadas con la causa que puede desencadenar el trastorno, a quién le recomendarías o los síntomas primarios del TOC, la variedad de respuesta es amplia, ya que cada uno de los participantes contesta por intuición o por creencias.

Las percepciones de los participantes sobre el TOC son equivocadas, ya que una minoría de ellos defiende que ir al psiquiatra es una de las personas recomendadas para tratar el trastorno. Otra minoría cree que los problemas de comprensión son algunos de los signos que puede tener el niño en el aula y no los problemas de concentración, que sí son signos que pueden ocasionarse en el aula ante estos niños que padecen el trastorno. Ante un niño con TOC que está realizando un ritual o compulsión la mayoría de los participantes creen que dar más margen para entregar las tareas y continuar con el ritmo de clase es la opción correcta, en cambio otra minoría creen que llamar la atención del alumno o pensar que su preocupación es absurda puede ser otra opción. Es aquí cuando observamos que algunos docentes tienen conocimientos escasos acerca de cómo actuar en el aula ante un niño con TOC.

Para ello es muy importante instruir a los futuros profesionales de la educación en el trastorno obsesivo compulsivo, garantizando una intervención educativa eficaz en el aula con alumnos con este trastorno. Desde las universidades, es muy importante garantizar una adecuada preparación a los futuros maestros, asegurando un buen conocimiento de los diferentes trastornos, dificultades de aprendizaje o necesidades

educativas especiales que pueden presentarse, así sabrán cómo actuar en los diferentes casos dentro del aula.

Un maestro con un buen conocimiento sobre el TOC podrá tener un papel importante a nivel educativo, ya que será el mediador en el proceso de aprendizaje del niño, contribuyendo a la integración de la vida escolar respecto a sus necesidades.

5.CONCLUSIÓN

El objetivo del presente trabajo de fin de grado fue analizar cuál era el conocimiento de los profesores sobre el TOC, y evaluar si tras la lectura de una sencilla hoja informativa sobre el trastorno, se producía un aprendizaje sobre dicho trastorno. Para ello se comparó a un grupo de maestros que leyeron una hoja sobre TOC con un grupo de maestros que leyeron una hoja sobre dieta y hábitos alimentarios. De este modo, se conseguirá una intervención educativa adecuada, mejorando la integración de los niños con TOC, potenciando sus cualidades y reduciendo el impacto escolar y las relaciones familiares y sociales. Para cubrir esta falta de conocimientos en la formación de futuros docentes sería recomendable revisar el plan de estudios, valorando si incluyen los contenidos necesarios, o bien, los futuros maestros hicieran cursos específicos acerca de los diferentes trastornos que se puedan encontrar en el aula y así saber cómo llevar a cabo el trastorno para poder conseguir profesionales competentes en todos los ámbitos educativos.

Después de analizar los resultados llegamos a la conclusión de nuestro primer objetivo era conseguir cambios en el conocimiento sobre el TOC a través de una hoja informativa. Esto no se ha visto respaldado en su totalidad dado que las hipótesis se confirman parcialmente por no obtener los resultados para todas las diferencias que se dan. Sin embargo, puesto que sí se observan ciertas diferencias al realizar las comparaciones, se debería revisar la hoja informativa entregada, y comprobar si se producen cambios. Por ello, pese a que la investigación finalmente no ha logrado alcanzar su objetivo inicial de manera satisfactoria, sí que puede proporcionar una base de la que partir para futuras investigaciones valorando hacer cambios en los factores antes mencionados con el fin de procurar los resultados que inicialmente se buscaban en la presente investigación.

Este trabajo de fin de grado cuenta con algunas limitaciones, por lo que sus resultados tienen que ser interpretados con cautela. En primer lugar, la falta de resultados se podría explicar por la escasez de la muestra de la que se han obtenido los datos. En segundo lugar, las variables analizadas se basan en un solo ítem y los cuestionarios no han sido validados. Por ello sería conveniente tener en cuenta estas limitaciones de cara a nuevas investigaciones y procurar una mayor muestra, así como valorar el uso de otros cuestionarios con mayor validez. En futuros estudios, resultaría interesante profundizar en esta línea de trabajo dada la importancia de mejorar el conocimiento de la población general, y de los docentes en particular, en lo que respecta a salud mental; pues es clave para facilitar la detección, manejo y tratamiento de los trastornos, así como la mejor integración del individuo, dejando a un lado posibles actitudes negativas o prejuicios que actualmente están tan presentes en la sociedad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2010). *TOC obsesiones y compulsiones: tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial, D.L.
- Caballo, V., Salazar, I. y Carrobbles, J.A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A., Godoy, A., Moreno, B., Esteve, R. y Rodríguez-Naranjo, C. (1988). *Obsesiones: teorías, evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Gastó, C. y Vallejo, J. (1992). *Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Arnedo, M., Roldán, L. y Morell, J.M. (1996). Aproximación psicobiológica al trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de psicología conductual*, 3(4), 307-321.

- Falcón, S., Lazar, C. y Saldaña, C. (2012). El papel de los padres en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: a propósito de un caso. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría*, 102(2), 8.
- Del Arco, R., Tornero, M.J. y García, C. (2014). Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado en una niña con trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 141-148.
- Rodríguez, J., Dorronsoro, I. y Bonet de Luna, C. (2003). *Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia*. Madrid: CS de Alpedrete.
- Kutscher, M. (2005). *Trastornos propios y mixtos en niños y adolescentes. Déficit de atención con hiperactividad, trastornos de aprendizaje, trastorno de asperger, trastorno de la tourette, depresión bipolar y más: la guía indispensable para padres, profesores y otros profesionales*. Madrid: Gondo.
- Rodríguez, A., Toro, J. y Martínez, A. (2009). El trastorno obsesivo-compulsivo: escuchando las voces ocultas. *Revista puertorriqueña de psicología*, 1(20), 11-15.
- Caja, R. (2016). Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención. *ILD psicología, Universidad Autónoma de Madrid*, 1(27), 1-44.
- Parmet, S., Lym, C. y Golub, R. (2011). Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Revista de la Asociación Médica de Estados Unidos*, 18(305), 1.
- Minnesota Association for Children's Mental Health. (2009). *Children Mental Health Disorder fact sheet for the classroom: Obsessive-Compulsive Disorder*.
- Balan-Torre, A. (2012). Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica del TOC en Tabasco. *Revista científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 3(18), 79-81.

López, M. T., Barrera, M.I., Cortés, J.F., Guines, M. y Jaime, M. (2011).
Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con
trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 2(34), 111-120.

7. ANEXOS

Anexo 1

Doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados con fines de investigación en la Universitat de València dirigido por la prof. G. García-Soriano, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que **en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.**

En _____, a _____ de _____ de 201__

Firma _____

Por favor, lea las páginas en orden, no se adelante.

El cuestionario está formado por dos partes, y el tiempo total estimado es de 30 minutos.

Compruebe que no ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

¡Gracias por su colaboración!

Por favor, señale con una cruz la respuesta que corresponde a su situación actual. Sus datos se utilizarán siempre de forma anónima y con fines de investigación.

PSEUDÓNIMO O NOMBRE DE PILA:

EDAD: _____

SEXO: ☐ Varón ☐ Mujer ¿TIENE HIJOS? ☐ Sí ☐ No

ESTADO CIVIL: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/separado ☐ Viudo/a ☐ Viviendo en pareja

NIVEL SOCIOECONÓMICO: ☐ Bajo ☐ Medio-bajo ☐ Medio ☐ Medio-alto ☐ Alto

NIVEL DE ESTUDIOS:

☐ _____ Magisterio de: _____

☐ _____ Licenciatura/ Ingeniería en: _____

CURSO/S Y ASIGNATURA/S QUE IMPARTE:

Por favor, lea el siguiente caso, y piense que Juan, es un alumno suyo.

Juan es una adolescente de 12 años que asiste al aula en la que impartes clase. En los últimos meses está demasiado preocupado por la higiene, y te has dado cuenta de que emplea mucho más tiempo que sus compañeros en el lavado de manos. Cada vez que toca algo que han tocado sus compañeros (por ej., un libro) intenta ir al baño a lavarse las manos, lavado que repite 5 veces seguidas. Si no le dejas ir al baño a lavarse se pone muy nervioso y pasa el resto de la clase inquieto hasta que puede lavarse. Has observado también que cuando tiene que abrir el aula de la clase, evita tocar el tomo de la puerta con las manos, intenta hacerlo con el jersey o un pañuelo de papel. Ha dejado de comer en el comedor escolar. Sus padres dicen que no soporta comer allí porque dice que podría contaminarse usando los cubiertos del comedor.

Además has observado que en el aula necesita que su pupitre esté perfectamente colocado, no puede soportar que no esté alineado con las líneas de los azulejos del suelo, y todo lo que tiene en su mesa, tiene que estar una posición que él considera correcta (por ej., sus fichas y libros alineadas, el estuche a la derecha). Además, has observado que cada vez que se sienta en el aula, da tres saltitos hacia delante y luego hacia detrás. Cuando le dijo que no hiciera eso, Juan se puso muy nervioso y empezó a llorar. Al finalizar la clase le contó que si no daba esos saltos sus padres podrían tener un accidente de tráfico.

Pensando en el caso de Juan, por favor indique la respuesta que mejor represente su opinión:

¿Ha tenido contacto con alguna persona con síntomas similares a los de Juan? ☐ Sí
☐ No

Si la respuesta es SÍ, indique el tipo de relación con esta persona:

☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Conocido ☐ Alumno ☐ Compañero de trabajo/
estudios ☐ Otro (Especifique):

Lo que le ocurre a Juan es motivo de preocupación ☐ Sí ☐ No ☐
Indeciso

¿Qué cree que le puede estar sucediendo a Juan? (puede indicar más de una respuesta):

<input type="checkbox"/> Estrés de la vida en general	<input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo
<input type="checkbox"/> Problemas familiares	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Problema del desarrollo	<input type="checkbox"/> Fobia
<input type="checkbox"/> Problemas escolares	<input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad
<input type="checkbox"/> Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/> Problemas médicos
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad generalizada	(especifíquelo): _____
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	

¿Cuál cree que es la causa primaria que desencadena el problema de Juan? (puede indicar más de una respuesta):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Virus o deficiencia nutricional |
| <input type="checkbox"/> Haber experimentado un trauma | <input type="checkbox"/> Influencia de la televisión |
| <input type="checkbox"/> Problemas en el colegio | <input type="checkbox"/> Alteración orgánica o física |
| <input type="checkbox"/> Discriminación por parte de sus compañeros/as | <input type="checkbox"/> Creencias religiosas |
| <input type="checkbox"/> Su personalidad | <input type="checkbox"/> Debilidad personal |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> Problema de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Influencias de los amigos | <input type="checkbox"/> Otro (especifíquelo) |
-

¿Recomendaría a Juan que hablase de lo que le ocurre? ☐ Sí ☐ No ☐ Indeciso

¿A quién le recomendaría que acudiera? _____

¿Cree que Juan debería buscar ayuda para resolver su problema? ☐ Sí ☐ No ☐ Indeciso

Si la respuesta es **sí**, ¿a quién recomendaría que acudiese?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Sacerdote de la parroquia |
| <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> A personas de su confianza |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a escolar o psicopedagogo | (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a o psicólogo/a clínico/a | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): |

Según su criterio, ¿qué tratamiento podría ser más útil para Juan? (puede indicar más de una respuesta):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicación (recetados por el especialista) | <input type="checkbox"/> Meditación o yoga |
| <input type="checkbox"/> Hacer actividades de ocio con sus padres/ familia | <input type="checkbox"/> Tratamiento psicológico |
| <input type="checkbox"/> Practicar deporte | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Hacer actividades extraescolares | <input type="checkbox"/> Terapia cognitivo-conductual |
| <input type="checkbox"/> Cursos de relajación y manejo del estrés | <input type="checkbox"/> Terapia de psicoanálisis |
| | <input type="checkbox"/> Terapia familiar |
| | <input type="checkbox"/> Hipnosis |
| | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |

Según su criterio, entre 0 (=nada) y 10 (=muchísimo) ¿cuánto podría ayudarle el tratamiento a Juan? ____

Si una persona como Juan (o sus padres) no pide ayuda, se puede deber a que cree que (puede indicar más de una respuesta):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tiene ningún problema | <input type="checkbox"/> No tiene solución |
| <input type="checkbox"/> No requiere de ayuda o tratamiento | <input type="checkbox"/> No interfiere en su vida diaria |
| <input type="checkbox"/> No sabe/n dónde acudir | <input type="checkbox"/> No es ni importante ni grave |
| <input type="checkbox"/> Es temporal y se pasará solo | <input type="checkbox"/> Es algo que no quiere contar porque le da vergüenza |
| <input type="checkbox"/> Es algo que puede controlar | |

- ☐ El tratamiento no sería eficaz
- ☐ El tratamiento resultaría caro
- ☐ El tratamiento requeriría mucho esfuerzo
- ☐ Su familia/amigos le rechazarían/criticarían

- ☐ Su familia/amigos le tratarán como una persona enferma
- ☐ Su familia/amigos le tratarían como a un loco
- ☐ Otro motivo (especificar):

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre Juan	Para nada Muchísimo								
Sentiría lástima por Juan.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cómo de peligroso siente que es Juan?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Hasta qué punto Juan le asustaría?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pensaría que es culpa de Juan que se encuentre en su situación actual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Creo que sería mejor para la comunidad que recluyeran a Juan en un hospital psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿En qué medida se sentiría enfadado con Juan?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Juan?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Intentaría alejarme de Juan	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Hasta qué punto está de acuerdo en que Juan debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Por favor, indique la respuesta/s que considere más correctas.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es:

- ☐ Un trastorno del aprendizaje.
- ☐ Una enfermedad mental.
- ☐ Un conjunto de manías.
- ☐ No estoy seguro.

La prevalencia del TOC en la población es alrededor del:

- ☐ 0,5%
- ☐ 1-2%
- ☐ 5-10%
- ☐ No estoy seguro

Los síntomas primarios del TOC son (puede señalar varias opciones):

- ☐ Obsesiones
- ☐ Alucinaciones
- ☐ Manías
- ☐ Compulsiones
- ☐ Conductas autolíticas (i.e. hacerse daño a uno mismo)
- ☐ No estoy seguro

Las obsesiones son:

- ☐ Preocupaciones de la vida diaria.
- ☐ Alucinaciones.
- ☐ Pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos.
- ☐ No estoy seguro

Algunos signos de TOC observables en el aula serían (puede señalar más de una):

- ☐ Aislamiento social.
- ☐ Retraso al acabar las tareas por buscar la perfección.
- ☐ Bajo peso.
- ☐ Ansiedad ante el cambio de rutinas.
- ☐ Deseo exagerado de ser líder.

- ☐ Problemas de comprensión.
- ☐ Problemas de concentración.
- ☐ Se cansa pronto de las rutinas y necesita nuevos estímulos.
- ☐ Pasa mucho tiempo ordenando objetos.

Las compulsiones son:

- ☐ Conductas repetitivas con el objetivo principal de llamar la atención.
- ☐ Conductas repetitivas para reducir el malestar de las obsesiones.
- ☐ Conductas repetitivas sin importancia.
- ☐ No estoy seguro.

Ante un niño con un posible TOC que está realizando un ritual o compulsión (puede señalar más de una):

- ☐ Se intentará convencer al niño para que deje el ritual.
- ☐ Se le hará ver que su preocupación es absurda.
- ☐ Se continuará con el ritmo de la clase.
- ☐ Dado que en ocasiones es un comportamiento casi automático, se le llamará la atención para que se detenga.
- ☐ Se le dará un mayor margen para entregar tareas.

¿El nivel intelectual es un factor clave en el desarrollo del TOC?

- ☐ Sí, el TOC es más frecuente en niños brillantes, de altas capacidades.
- ☐ Sí, el TOC es más frecuente en niños con dificultades de aprendizaje.
- ☐ No, el TOC afecta a niños con diferentes capacidades
- ☐ No, el TOC está más relacionado con que el niño presente problemas de conducta.

Por favor, a continuación lea la siguiente hoja informativa

SALUD MENTAL INFANTIL. INFORMACIÓN PARA PROFESORES

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

- El TOC es un trastorno mental que interfiere con la vida de quien lo padece, y se caracteriza por la presencia de **obsesiones** y **compulsiones**.
- Es relativamente frecuente: 1-2% de la población.
- La edad de inicio está entre los 5-15 años, y el inicio temprano se asocia a un peor pronóstico.
- No existen diferencias notables en cuanto al nivel intelectual de las personas que presentan este trastorno.

¿Cómo se trata el TOC?

El tratamiento más efectivo es la terapia cognitivo-conductual llevada a cabo por un psicólogo/psiquiatra. En algunos casos es necesario combinarla con medicación.



¿Qué es una obsesión?

- Son pensamientos, imágenes o impulsos que aparecen una y otra vez
- La persona siente que estas ideas están fuera de su control.
- La persona NO QUIERE TENER ESTAS IDEAS y le hacen sentir malestar, ansiedad, y miedo.
- Siente que DEBE HACER ALGO para quitarse esas ideas de la cabeza.

Obsesiones comunes:

- Agresión.
- Sexuales.
- Dudas.
- Contaminación.
- Orden y simetría.

¿Qué es una compulsión?

Comportamientos repetitivos, claramente excesivos, (a veces en forma de ritual) que la persona hace para reducir el malestar o para “quitarse” las obsesiones de la cabeza.

Compulsiones comunes:

- Limpiar, lavar.
- Comprobar algo.
- Repetir una acción.
- Tocar.
- Ordenar.
- Preguntar a otros.
- Evitar situaciones que puedan provocar la obsesión.
- Acumular.

Implicaciones en el aula

Las obsesiones y compulsiones pueden hacer que el día a día sea muy difícil y estresante en los niños y adolescentes, ocasionando un estado de ánimo deprimido o ansioso. Pueden hacerle perder mucho tiempo, y causarle problemas para terminar sus tareas.

Una clara implicación de este trastorno son los problemas de concentración que experimentan los niños y adolescentes al no poder evitar esos pensamientos repetitivos y los rituales que conllevan, hecho que repercute en su rendimiento escolar.

Pueden darse sentimientos de soledad, en parte porque las compulsiones no le dejan tiempo para socializarse con sus compañeros. Podría llegar a evitar la escuela para que los demás no se dieran cuenta de sus comportamientos extraños.

¿Qué hacer ante la sospecha de un TOC?

Comuníquelo al psicopedagogo/a del centro, que será la persona encargada de consultar con los **padres**, estudiar inicialmente el problema, y si la sospecha se mantiene, **derivar el caso a un especialista** (Atención Primaria, Psicólogo Clínico, o Psiquiatra), de forma que el alumno reciba la atención y ayuda necesaria.

¿Cómo actuar con el alumno?

Estas indicaciones generales podrían serle de ayuda:

- Trate de comunicarse con él, permítale hablar de sus miedos.
- **Cuando el alumno esté realizando un comportamiento relacionado con el TOC:**
 - **No** interrumpa la clase
 - **No** detenga al alumno
 - **Nunca** trate de convencerle de que su preocupación es absurda.
 - **Intente** que el alumno no sea el foco de atención de la clase en ese momento
- No tolere burlas de compañeros.
- Sea flexible Trate de facilitarle las tareas, reduciéndolas, haciéndolas más sencillas, de manera oral, etc.
- Es importante darle mayor margen para entregar las tareas
- No le critique ni juzgue por comportamientos relacionados con el trastorno.
- Refuerce pequeños avances.
- Trabaje conjuntamente con los padres y psicopedagogo/a del centro, y en caso de duda pregúntele a él.

Síntomas que podemos observar en el aula.

- Pierde mucho tiempo borrando (excesivamente) y reescribiendo frases o ejercicios.
- Pasa mucho tiempo ordenando el pupitre o contando objetos.
- Siente vergüenza si se le pregunta por sus comportamientos.
- Es muy lento haciendo sus tareas, incluso las sencillas.
- Busca la “perfección” en todo lo que hace, impidiéndole acabar las tareas.
- Esta “ensimismado” haciendo algo y le molesta que le interrumpan.
- Evita hacer algunas actividades, o las hace con aprensión: sentarse en el suelo, compartir con otros bolis, gomas de borrar, cuadernos, etc.
- No tolera los cambios de las rutinas.
- Visitas frecuentes al baño para lavarse.

DIETA SALUDABLE INFORMACIÓN PARA PROFESORES

LA BASE DE UNA BUENA SALUD ES UNA BUENA ALIMENTACIÓN

Comer lo que nuestro cuerpo nos pide y necesita, para poder:

- Crecer
- Estar sano
- Trabajar

Una ALIMENTACIÓN SALUDABLE debe ser:

- **SUFICIENTE:** con capacidad para reponer la energía gastada
- **COMPLETA:** incluye todos los nutrientes que necesita el organismo
- **VARIADA:** formada por alimentos de distintos grupos y composición
- **EQUILIBRADA:** Incorpora los nutrientes en proporciones adecuadas
- **SEGURA:** los alimentos se manipulan y conservan en condiciones higiénicas

La clave es que los niños disfruten comiendo y sean conscientes de que es un hábito saludable y que se debe cuidar. Se debe recalcar la importancia de que **TODOS** los alimentos son necesarios, aunque cada uno en distinta medida.

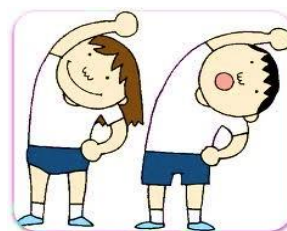
Principios básicos de una ALIMENTACIÓN SANA

Llevar una alimentación sana que sea equilibrada y variada contribuye a **mantener la salud y el bienestar** de una persona.

Tener unos hábitos alimentarios saludables puede ayudar a **prevenir enfermedades** como la obesidad, la diabetes o la arteriosclerosis.

Asimismo, una mala alimentación puede afectar al desarrollo físico y mental, reducir el rendimiento o afectar al sistema inmunológico, provocando que el organismo sea más vulnerable.

Una alimentación equilibrada tiene que estar acompañada de **deporte o ejercicio**. Se considera óptimo dedicar entre 30 y 60 minutos al día al ejercicio físico o el deporte.



¿QUÉ SIGNIFICA COMER SALUDABLEMENTE?

Comer de todo un poco: la variedad de alimentos garantiza una alimentación equilibrada y con los nutrientes necesarios

- **LÁCTEOS:** fuente de proteínas de elevada calidad, lactosa, vitaminas (A, D, B₂, B₁₂). Son una excelente fuente de calcio. Se deben consumir 2 o 3 raciones diarias.



- **CARBOHIDRATOS:** (pan, pasta, arroz...) proporcionan energía. Deben formar parte de las comidas principales (preferentemente integrales).



- **FRUTAS Y VERDURAS:** fuente de vitaminas, minerales y fibra. Se recomienda consumir 4 raciones diarias como mínimo. Consumidas crudas se aprovecha al máximo sus vitaminas y minerales.



- **PESCADO:** fuente de proteínas de elevada calidad, vitamina D y yodo, y son muy ricos en ácidos grasos poliinsaturados omega-3, especialmente pescados azules. Se recomienda el consumo de al menos 3 veces por semana.



- **CARNE:** fuente de proteínas de alto valor biológico, de vitamina B₁₂, hierro, potasio, fósforo y zinc. Es conveniente el consumo de 3 o 4 raciones semanales de carnes, priorizando las piezas magras.



- **HUEVOS:** aportan proteínas de elevada calidad, vitaminas (A, D y B₁₂) y minerales (fósforo y selenio). Se recomienda consumir 3 o 4 huevos a la semana.



- **LEGUMBRES:** aportan hidratos de carbono, fibra, vitaminas y minerales. Son una buena fuente de proteínas. Se recomienda de 2 a 4 raciones semanales como mínimo.

Es recomendable el consumo de **aceite de oliva**



- **AGUA:** es imprescindible para el mantenimiento de la vida. Su consumo recomendado es de 1 a 2 litros al día.



ALGUNOS CONSEJOS PARA FOMENTAR LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS

1. Fijar un horario para las comidas: Esta rutina le ayudará a saber que es la hora de comer y no de hacer otra cosa.

2. Permitirles participar: Dejarles cubiertos adecuados a su edad y cuando sean más mayores, invitarlos a participar en la preparación de las comidas, la elaboración de menús y en las compras de alimentos.

3. Para introducir nuevos sabores y texturas intentar crear un ambiente positivo: Realizar platos atractivos y divertidos, con colores e incluso formas: algo de alegría viene bien para motivar el apetito.

4. Menús variados para estimular su paladar: Cuantos más alimentos conozca en la primera etapa de su vida, menos le costará adaptarse.

5. Dejarlos comer hasta que deseen (siempre con moderación): Si tiene apetito comerán más y cuando ya no lo tenga, dejará de hacerlo.

Anexo 1:

PARTE 2

PSEUDÓNIMO O NOMBRE DE PILA:

Por favor, vuelva a leer el caso de Juan

Juan es una adolescente de 12 años que asiste al aula en la que impartes clase. En los últimos meses está demasiado preocupado por la higiene, y te has dado cuenta de que emplea mucho más tiempo que sus compañeros en el lavado de manos. Cada vez que toca algo que han tocado sus compañeros (por ej., un libro) intenta ir al baño a lavarse las manos, lavado que repite 5 veces seguidas. Si no le dejas ir al baño a lavarse se pone muy nervioso y pasa el resto de la clase inquieto hasta que puede lavarse. Has observado también que cuando tiene que abrir el aula de la clase, evita tocar el tomo de la puerta con las manos, intenta hacerlo con el jersey o un pañuelo de papel. Ha dejado de comer en el comedor escolar. Sus padres dicen que no soporta comer allí porque dice que podría contaminarse usando los cubiertos del comedor. Además has observado que en el aula necesita que su pupitre esté perfectamente colocado, no puede soportar que no esté alineado con las líneas de los azulejos del suelo, y todo lo que tiene en su mesa, tiene que estar una posición que él considera correcta (por ej., sus fichas y libros alineadas, el estuche a la derecha). Además, has observado que cada vez que se sienta en el aula, da tres saltitos hacia delante y luego hacia detrás. Cuando le dijo que no hiciera eso, Juan se puso muy nervioso y empezó a llorar. Al finalizar la clase le contó que si no daba esos saltos sus padres podrían tener un accidente de tráfico.

Pensando en el caso de Juan, por favor indique la respuesta que mejor represente su opinión:

¿Ha tenido contacto con alguna persona con síntomas similares a los de Juan? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, indique el tipo de relación con esta persona:

☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Conocido ☐ Alumno ☐ Compañero de trabajo/ estudios ☐ Otro
(Especifique):

Lo que le ocurre a Juan es motivo de preocupación ☐ Sí ☐ No ☐ Indeciso

¿Qué cree que le puede estar sucediendo a Juan? (puede indicar más de una respuesta):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés de la vida en general | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Problema del desarrollo | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas escolares | <input type="checkbox"/> Fobia |
| <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos | <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas médicos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad generalizada | <input type="checkbox"/> Otros (especifíquelo): _____ |

¿Cuál cree que es la causa primaria que desencadena el problema de Juan? (puede indicar más de una respuesta):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Virus o deficiencia nutricional |
| <input type="checkbox"/> Haber experimentado un trauma | <input type="checkbox"/> Influencia de la televisión |
| <input type="checkbox"/> Problemas en el colegio | <input type="checkbox"/> Alteración orgánica o física |
| <input type="checkbox"/> Discriminación por parte de sus compañeros/as | <input type="checkbox"/> Creencias religiosas |
| <input type="checkbox"/> Su personalidad | <input type="checkbox"/> Debilidad personal |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> Problema de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Influencias de los amigos | <input type="checkbox"/> Otro (especifíquelo) _____ |

¿Recomendaría a Juan que hablase de lo que le ocurre? ☐ Sí ☐ No ☐ Indeciso

¿A quién le recomendaría que acudiera? _____

¿Cree que Juan debería buscar ayuda para resolver su problema? ☐ Sí ☐ No ☐ Indeciso

Si la respuesta es **sí**, ¿a quién recomendaría que acudiese?

- ☐ Médico de atención primaria
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Neurólogo
- ☐ Psicólogo/a escolar o psicopedagogo
- ☐ Psicólogo/a o psicólogo/a clínico/a

- ☐ Trabajador social
- ☐ Sacerdote de la parroquia
- ☐ A personas de su confianza (especifique):
- ☐ Otros (especifique):

Según su criterio, ¿qué tratamiento podría ser más útil para Juan? (puede indicar más de una respuesta):

- ☐ Medicación (recetados por el especialista)
- ☐ Hacer actividades de ocio con sus padres/familia
- ☐ Practicar deporte
- ☐ Hacer actividades extraescolares
- ☐ Cursos de relajación y manejo del estrés
- ☐ Meditación o yoga
- ☐ Tratamiento psicológico
- ☐ Psicoterapia
- ☐ Terapia cognitivo-conductual
- ☐ Terapia de psicoanálisis
- ☐ Terapia familiar
- ☐ Hipnosis
- ☐ Otro (especifique):

Según su criterio, entre 0 (=nada) y 10 (=muchísimo) ¿cuánto podría ayudarle el tratamiento a Juan? ____

Si una persona como Juan (o sus padres) no pide ayuda, se puede deber a que cree que (puede indicar más de una respuesta):

- ☐ No tiene ningún problema
- ☐ No requiere de ayuda o tratamiento
- ☐ No sabe/n dónde acudir
- ☐ Es temporal y se pasará solo
- ☐ Es algo que puede controlar
- ☐ No tiene solución
- ☐ No interfiere en su vida diaria
- ☐ No es ni importante ni grave
- ☐ Es algo que no quiere contar porque le da vergüenza
- ☐ El tratamiento no sería eficaz
- ☐ El tratamiento resultaría caro
- ☐ El tratamiento requeriría mucho esfuerzo
- ☐ Su familia/amigos le rechazarían/ criticarían
- ☐ Su familia/amigos le tratarán como una persona enferma
- ☐ Su familia/amigos le tratarían como a un loco
- ☐ Otro motivo (especificar):

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre Juan	Para nada Muchísimo								
Sentiría lástima por Juan.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cómo de peligroso siente que es Juan?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Hasta qué punto Juan le asustaría?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pensaría que es culpa de Juan que se encuentre en su situación actual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Creo que sería mejor para la comunidad que recluyeran a Juan en un hospital psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿En qué medida se sentiría enfadado con Juan?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Juan?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Intentaría alejarme de Juan	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Hasta qué punto está de acuerdo en que Juan debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Por favor, indique la respuesta/s que considere más correctas.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es:

- ☐ Un trastorno del aprendizaje.
- ☐ Una enfermedad mental.
- ☐ Un conjunto de manías.
- ☐ No estoy seguro.

La prevalencia del TOC en la población es alrededor del:

- ☐ 0,5%
- ☐ 1-2%
- ☐ 5-10%
- ☐ No estoy seguro

Los síntomas primarios del TOC son (puede señalar varias opciones):

- ☐ Obsesiones
- ☐ Alucinaciones
- ☐ Manías
- ☐ Compulsiones
- ☐ Conductas autolíticas (i.e. hacerse daño a uno mismo)
- ☐ No estoy seguro

Las obsesiones son:

- ☐ Preocupaciones de la vida diaria.
- ☐ Alucinaciones.
- ☐ Pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos.
- ☐ No estoy seguro

Algunos signos de TOC observables en el aula serían (puede señalar más de una):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aislamiento social. | <input type="checkbox"/> Problemas de comprensión. |
| <input type="checkbox"/> Retraso al acabar las tareas por buscar la perfección. | <input type="checkbox"/> Problemas de concentración. |
| <input type="checkbox"/> Bajo peso. | <input type="checkbox"/> Se cansa pronto de las rutinas y necesita nuevos estímulos. |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad ante el cambio de rutinas. | <input type="checkbox"/> Pasa mucho tiempo ordenando objetos. |
| <input type="checkbox"/> Deseo exagerado de ser líder. | |

Las compulsiones son:

- ☐ Conductas repetitivas con el objetivo principal de llamar la atención.
- ☐ Conductas repetitivas para reducir el malestar de las obsesiones.
- ☐ Conductas repetitivas sin importancia.
- ☐ No estoy seguro.

Ante un niño con un posible TOC que está realizando un ritual o compulsión (puede señalar más de una):

- ☐ Se intentará convencer al niño para que deje el ritual.
- ☐ Se le hará ver que su preocupación es absurda.
- ☐ Se continuará con el ritmo de la clase.
- ☐ Dado que en ocasiones es un comportamiento casi automático, se le llamará la atención para que se detenga.
- ☐ Se le dará un mayor margen para entregar tareas.

¿El nivel intelectual es un factor clave en el desarrollo del TOC?

- ☐ Sí, el TOC es más frecuente en niños brillantes, de altas capacidades.
- ☐ Sí, el TOC es más frecuente en niños con dificultades de aprendizaje.

- ☐ No, el TOC afecta a niños con diferentes capacidades
- ☐ No, el TOC está más relacionado con que el niño presente problemas de conducta.

Por último, por favor conteste a estas dos preguntas que hacen referencia a su experiencia personal:

¿Ha tenido algún contacto con salud mental? ☐SI ☐NO

¿Usted o alguna persona cercana ha recibido tratamiento por parte de la unidad de salud mental o de algún psicólogo o psicólogo clínico? ☐SI ☐NO

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!